

Apellido Completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Primer Nombre Completo: \_\_\_\_\_


Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Pronombre: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Preferencia de Lenguaje: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: (Para Segunda Cita) \_\_\_\_\_

Questions for Person Receiving Vaccine:	Circle One:		
1. ¿Tiene fiebre o se siente mal?	Si	No	
2. ¿Tiene usted los ganglios linfáticos inflamados?	Si	No	
3. ¿Tiene usted sarpullido, ampollas o lesiones de la piel?	Si	No	
4. ¿Eres mayor de 18 años?	Si	No	
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave? (ejemplo; anafilaxia, ronchas, hinchazón, dificultad al respirar) ¿una reacción por la cual fue tratado con epinefrina EpiPen®, por lo que tuvo que ir al hospital?	Si	No	No Se
6. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata o anafilaxia a una dosis de JYNNEOS™?	Si	No	No Se
7. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata o anafilaxia a cualquiera de los componentes de la vacuna JYNNEOS™?:			
• ¿Gentamicina, Ciprofloxacina, Benzonas, o proteína de huevo?:	Si	No	No Se
• ¿Alguna vez ha tenido síndrome Stephen-Johnson(SJS) Necrosis Epidérmica Tóxica (NET) a continuación de ciprofloxacina o gentamicina?	Si	No	No Se
8. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata o anafilaxia a:			
• Alguna otra vacuna o medicamento inyectable?	Si	No	No Se
• Algo más incluyendo: ¿medicamentos orales, alimentos, animales, piquete de abeja, etc.?	SI	No	No Se
9. ¿Se ha desmayado después de una inyección? o después de extracción de sangre?	Si	No	No Se
10. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado dado a alguna condición médica o algún medicamento o tratamiento que le debilita en sistema inmunológico?	Si	No	No Se
11. ¿Tiene antecedentes de miocarditis (inflamación al músculo del corazón) o pericarditis? (inflamación de la capa alrededor del corazón)?	Si	No	No Se
12. ¿Está actualmente embarazada, planea estar embarazada, o está amamantando?	Si	No	No Aplica
13. ¿Tiene historial de desarrollar cicatrices queloides?	SI	No	No Aplica

  
 (siguiente página)

## Preguntas Opcionales

Genero:  Masculino  Femenino  Otro  Niego responder

Correo electrónico (comunicación de seguimiento): \_\_\_\_\_

Raza: (Seleccione todas las que le apliquen)  Americano Indígena/Nativo de Alaska  Asiático

Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico  Negro/ Africano Americano  Blanco  Otra  Niego Responder

Etnicidad del Paciente: Hispano?  Sí  No  No se

## Consentimiento del Paciente

Yo he recibido y leído la Hoja Informativa sobre la Vacuna Viruela/Monkeypox (JYNNEOS™) y mis preguntas han sido contestadas. Yo doy mi consentimiento para que me administren la vacuna o a la persona nombrada anteriormente para quien tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento. Permito la divulgación de cualquier información necesaria para procesar algún reclamo de seguro y solicitar pagos de beneficios médicos.

Su nombre completo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, escribe su relación al paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## La siguiente porción es para el personal de clínica. FOR CLINIC USE ONLY

INTRADERMAL								
Dose #	Vaccine	Brand Name/Manuf.	Lot Number	Exp.	Dose (mL)	Site/Route	Elig.	Published Dates
1	Smallpox/Monkeypox	JYNNEOS			<b>0.1mL</b>		S	EUA: 8/9/22 VIS: 8/23/22
SUBCUTANEOUS								
Dose #	Vaccine	Brand Name/Manuf.	Lot Number	Exp.	Dose (mL)	Site/Route	Elig.	Published Dates
1	Smallpox/Monkeypox	JYNNEOS			<b>0.5mL</b>		S	EUA: 8/9/22 VIS: 8/23/22

Vaccine Administrator Signature: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Site Codes:**

**RAID:** right arm, intradermal

**LAID:** left arm, intradermal

**LBID:** left (upper) back, intradermal

**RBID:** right (upper) back, intradermal

**RASQ:** right arm, subcutaneous

**LASQ:** left arm, subcutaneous

**LTSQ:** left (lateral) thigh, subcutaneous

**RTSQ:** right (lateral) thigh, subcutaneous

15 or 30 min Time to Leave: \_\_\_\_\_

Alert: \_\_\_\_\_

VAR: \_\_\_\_\_